



Anexo de empleados de Connect for Health Colorado

Instrucciones: Si su empleador solicita un seguro de salud a través de Connect for Health Colorado, complete, firme y envíe este anexo junto con su solicitud de empleado a su empleador. Se comunicarán con usted con información sobre cómo crear una cuenta, averiguar sobre los costos y la cobertura, e inscribirse en un plan. Si alguien le ayude a llenar esta solicitud, es posible que deba completar Hoja de A.

Nota: Si su parte del costo de cobertura de solo empleado es más del 9.5% de su ingreso familiar, podría obtener ayuda para pagar la cobertura a través del mercado individual de Seguros de salud. Visite ConnectforHealthCO.com para obtener más información.

Empleado

Nombre, segundo nombre, apellido y título

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Preferencia de idioma

¿Idioma hablado y escrito que prefiere? Inglés Español

Raza y origen étnico (opcional)

Si es de origen hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

- Mexicano(a)
 mexicanoamericano(a)
 Chicano(a)
 Puertorriqueño(a)
 Cubano(a)
 Otro _____

Raza (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca o caucásica | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Indoasiática | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico |
| | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otra asiática | |

Lea y firme este anexo

1. Firmo este anexo bajo pena de falso testimonio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proporciono información falsa o incorrecta de manera intencional.

2. Sé que mi información de esta solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad para recibir cobertura de salud y se mantendrá la privacidad de la misma, como lo exige la ley. Si cumpla los requisitos, se utilizará como ayuda para inscribirme.

Anexo de empleados de Connect for Health Colorado (continuación)

3. Sé que debo informar a Connect for Health Colorado si algo cambia (y es distinto) de lo que escribí en mi solicitud o anexo. Acepto que llamaré al agente de mi empleador, visitaré ConnectforHealthCO.com, o llamaré al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749) para informar sobre los cambios.

4. Sé que, conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación en base a la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o la discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.

Lea y firme este anexo

Mi derecho de apelación:

Si considero que Connect for Health Colorado ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa comunicar a alguien de Connect for Health Colorado que considero que la acción es incorrecta y solicitar una revisión imparcial de la misma. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con el mercado al 1-855-PLANS-4-YOU o visitando nuestro sitio de Internet en ConnectforHealthCO.com. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firme este anexo. El empleado debe firmar este anexo.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Anexo completo y preguntas

Devuelva esta solicitud a su empleador.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su empleador o con Connect for Health Colorado:

ConnectforHealthCO.com

1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

Nota: Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita.

En Español: Llame a nuestro centro de servicio gratis para ayuda o para obtener una copia de este formulario en Español, al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).

TTY/TDD: 1-855-346-3432

Si desea inscribirse para votar, puede completar un formulario de inscripción de votación en: www.govoteColorado.com/C4GHCO